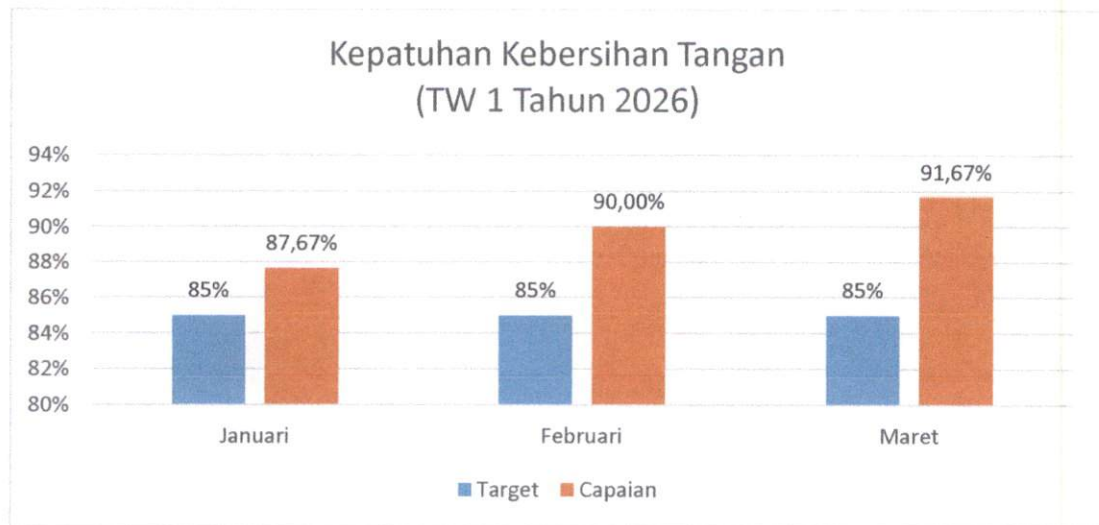


**CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
RSUD KHIDMAT SEHAT AFIAT KOTA DEPOK
TRIWULAN 1 TAHUN 2026**

NO	INDIKATOR	STANDAR
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥85%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
4	Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi	≥80%
5	Waktu tunggu Rawat Jalan	≥80%
6	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%
7	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter	≥80%
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥80%
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥85%
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%
13	Kepuasan Pasien	≥76,61%

a) Kepatuhan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)

Kebersihan tangan (*hand hygiene*) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (*hand wash*) atau dengan cairan berbasis alkohol (*handrub*) dalam 6 langkah. Standar nasional indikator ini adalah > 85%, dan standar berdasarkan kebijakan rumah sakit adalah 100 %. Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 89,78%. Capaian sudah melebihi standar nasional, namun belum sesuai standar rumah sakit. Monitoring dan evaluasi akan terus dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian.



b) Kepatuhan Penggunaan APD

Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne), standar nasional indikator ini adalah > 100%.

RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok telah menyediakan APD bagi seluruh pegawai sesuai dengan kebutuhan di setiap instalasi/unit. Rerata capaian kepatuhan penggunaan APD pada Januari sampai Maret 2026 adalah 92,56%. Belum tercapai karena tingginya penggunaan APD yang tidak sesuai dengan indikasi, hal ini disebabkan karena :

1. Tingginya penggunaan APD yang tidak sesuai indikasi terutama cuci tangan
2. Masih kurangnya kesadaran petugas untuk langsung melepas APD setelah selesai melakukan tindakan pada satu pasien

Adapun tindak lanjut perbaikan yang dilakukan dengan metode PDCA yaitu :

1. PLAN : Mensosialisasikan indikasi dari masing-masing APD
2. DO : Melakukan audit dan memberikan teguran langsung pada petugas yang menggunakan APD tidak sesuai resiko
3. STUDY : Pencapaian pada bulan Maret 2026 belum mencapai sasaran
4. ACT : Melakukan sosialisasi ulang jenis-jenis APD dan indikasinya



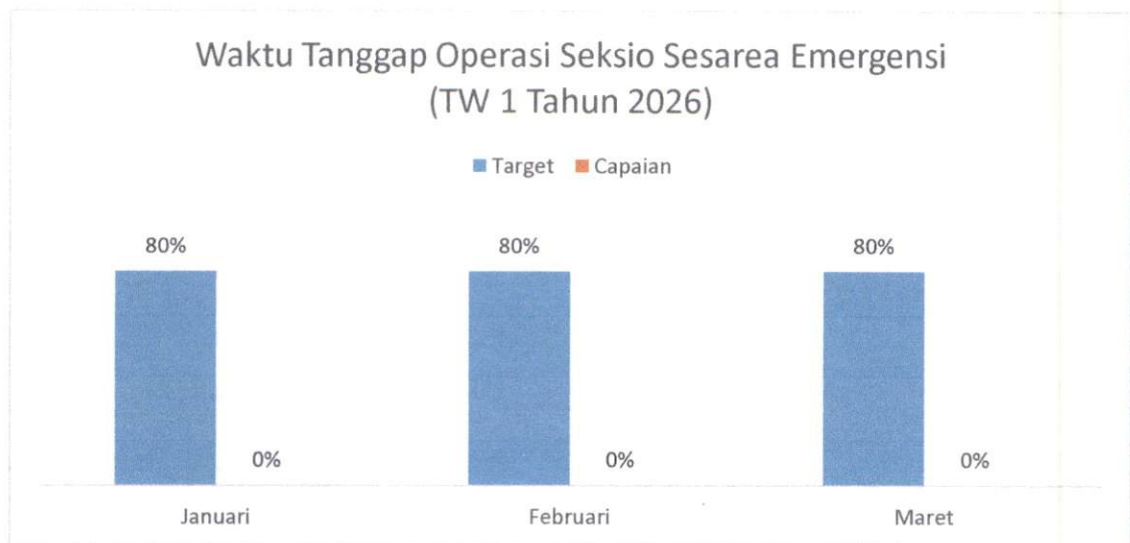
c) Kepatuhan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas (nama, nomor rekam medis, tanggal lahir) yang tercantum pada gelang, label, atau bentuk identitas lainnya sebelum melakukan pemberian obat, pemberian pengobatan termasuk nutrisi, pemberian darah dan produk darah, pengambilan spesimen, sebelum melakukan tindakan diagnostik / terapeutik. Standar indikator ini adalah 100%. Rerata capaian Kepatuhan Pengecekan Identitas Pasien yang dilakukan oleh petugas dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 100%.



d) Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. Standar indikator ini adalah $\geq 80\%$. Rerata capaian dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 0%. Tidak ada kasus kategori 1 sesuai definisi operasional.



e) Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran (waktu petugas menanyakan dan mencatat identitas pasien) sampai mendapat pelayanan oleh dokter/dokter spesialis di poliklinik (waktu pasien kontak awal dengan dokter/dokter spesialis). Standarnya adalah terdapat $\geq 80\%$ pasien menunggu dalam waktu ≤ 60 Menit. Rerata capaian waktu tunggu rawat jalan dari bulan Januari hingga Maret 2026 adalah 78,64%.

Hasil analisis menunjukkan adanya kesenjangan antara standar dan realisasi yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

1. Ketidaktepatan waktu kehadiran sebagian dokter spesialis sesuai jadwal praktik yang telah ditetapkan, sehingga berdampak pada keterlambatan dimulainya pelayanan.
2. Terjadinya gangguan sistem BPJS Kesehatan yang menghambat proses pendaftaran dan verifikasi pasien.
3. Gangguan sistem teknologi informasi RS yang berdampak pada kelancaran administrasi dan klinis
4. Peningkatan jumlah kunjungan pasien pada hari dan jam tertentu yang belum sepenuhnya diimbangi dengan penyesuaian alur pelayanan.

Sebagai bagian dari penerapan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) serta siklus Plan, Do, Study, Act (PDSA), Instalasi Rawat Jalan menetapkan rencana perbaikan sebagai berikut:

1. PLAN

- ✓ Mengidentifikasi ketidaksesuaian kepatuhan jadwal praktik dokter spesialis.

- ✓ Menetapkan fokus perbaikan pada penurunan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.
- ✓ Menyusun langkah-langkah antisipatif untuk menjaga kelancaran pelayanan apabila terjadi kendala pada sistem pendukung pelayanan (BPJS, IT)

2. DO

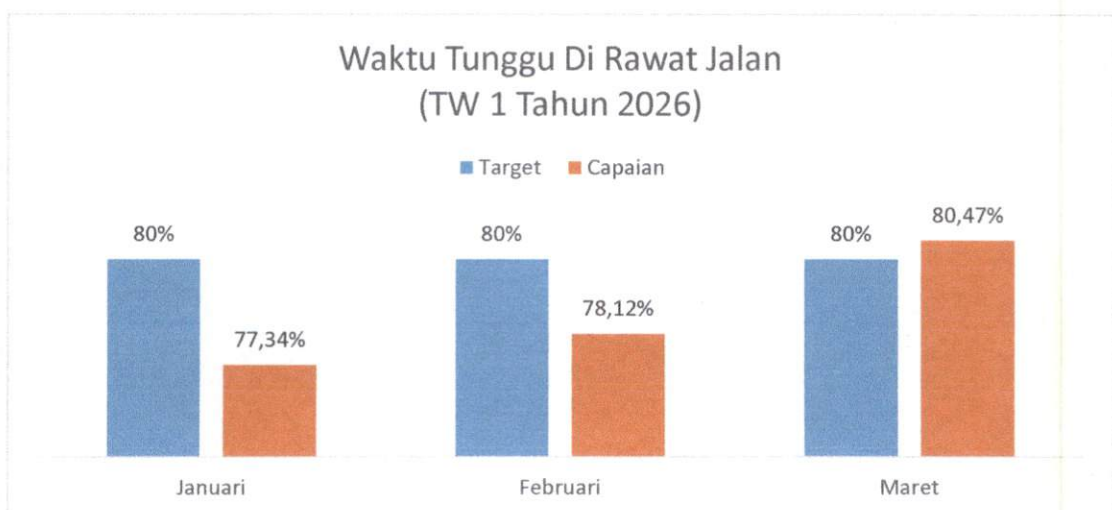
- ✓ Melakukan koodinasi dengan Kepala Instalasi untuk dikomunikasikan ke Komite Medik dan SMF untuk penguatan kepatuhan jadwal praktik dokter spesialis.
- ✓ Melakukan penyesuaian alur pelayanan rawat jalan, khususnya pada hari dan jam kunjungan tinggi.
- ✓ Menerapkan prosedur pelayanan alternati, manual apabila terjadi gangguan sistem BPJS atau IT.

3. STUDY

- ✓ Melakukan monitoring rutin terhadap waktu kehadiran dokter dan waktu tunggu pasien.
- ✓ Mengevaluasi dampak perbaikan melalui pengukuran ulang indikator mutu pada periode berikutnya.
- ✓ Mengkaji hasil survei kepuasan pelanggan sebagai bagian dari evaluasi mutu pelayanan.

4. ACT

- ✓ Menetapkan perbaikan yang efektif sebagai standar operasional pelayanan rawat jalan.
- ✓ Melakukan tindak lanjut terhadap temuan yang belum mencapai standar.
- ✓ Mendokumentasikan seluruh proses perbaikan.

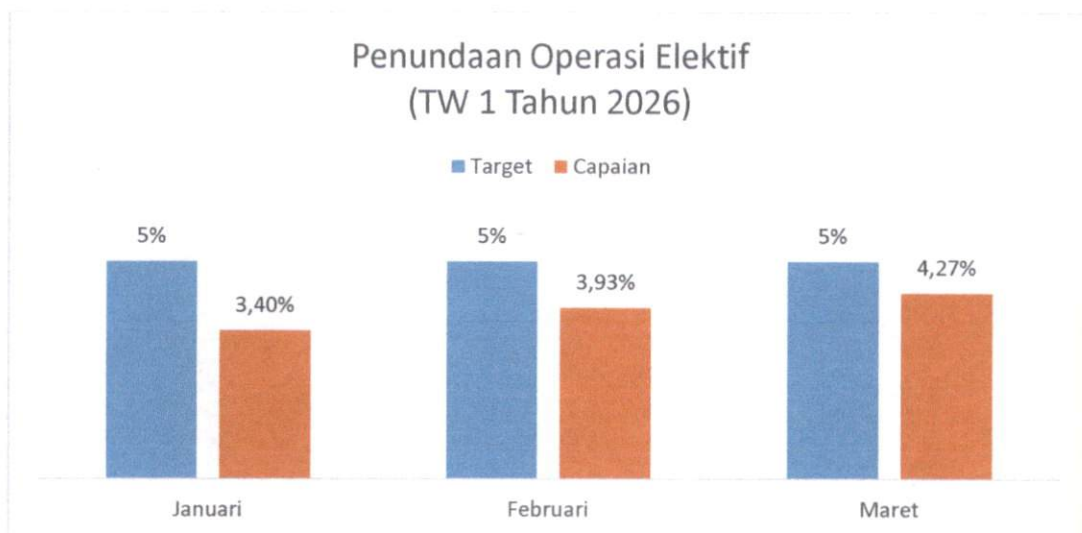


a) Penundaan Operasi Elektif

Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan. Operasi Elektif adalah operasi atau tindakan yang dijadwalkan. Standar indikator ini adalah $<5\%$. Capaian bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 3,87% dan sudah sesuai dengan standar.

Adapun Penyebab angka penundaan operasi elektif antara lain:

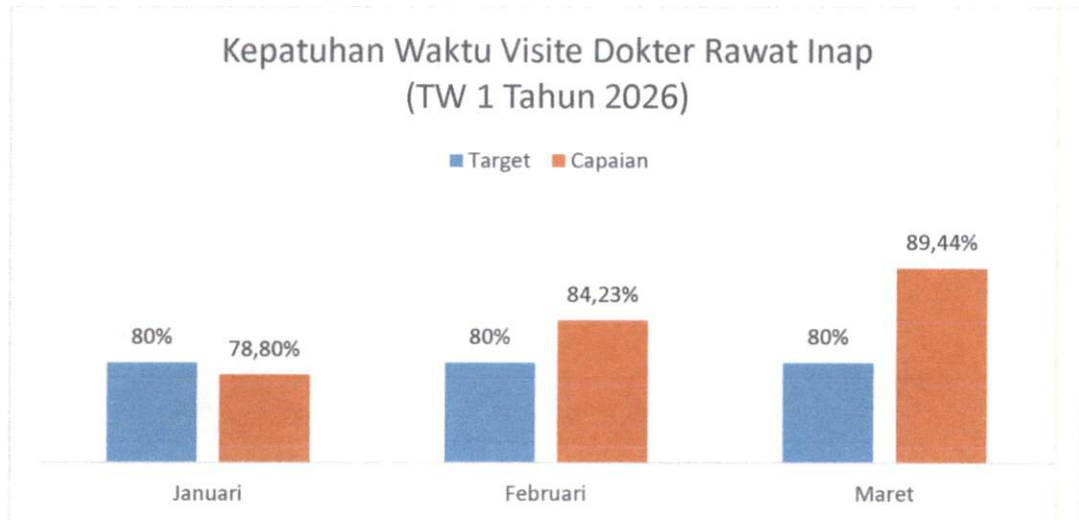
1. Penyakit medis yang tidak terkontrol dan perubahan kondisi pasien pada saat persiapan operasi
2. Hasil laboratorium yang tidak normal seperti hipertensi, gula darah tinggi, ureum kreatinin tinggi, dan sebagainya sehingga perlu perbaikan kondisi umum terlebih dulu
3. Pasien tidak datang
4. Pasien menolak operasi
5. Keterbatasan alat medis penunjang operasi
6. Hasil Swab SARS-Cov-2 Positif
7. Pasien rencana SC namun sudah partus normal
8. Adanya perpanjangan waktu operasi sebelumnya



b) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari kerja sebelum jam 14.00. Standar indikator ini adalah $\geq 80\%$. Rerata capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis Januari sampai Maret 2026 adalah 84,16%.

Mengalami penurunan dibandingkan triwulan 1 tahun 2026 karena adanya beberapa dokter spesialis yang sekolah dan meningkatnya jumlah operasi sehingga beberapa dokter spesialis bedah melakukan visite setelah melakukan operasi, sehingga angka kepatuhan waktu visite dokter masih belum bisa tercapai



c) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/Analisis Laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (< 30 menit). Standar indikator ini adalah 100%. Rerata capaian hasil lab kritis yang dilaporkan dalam waktu kurang dari 30 menit bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 100%.



d) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

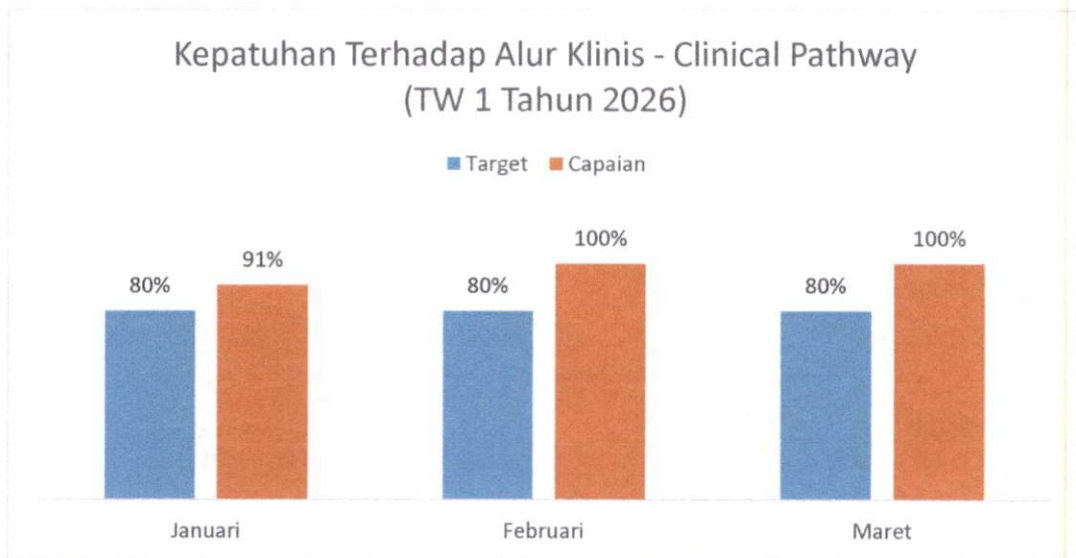
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional. Standar indikator ini adalah $\geq 80\%$. Rerata capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 94,81%.



e) Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Standar indikator mutu ini adalah 80%.

Adapun clinical pathway yang ditentukan sesuai indikator nasional mutu terdiri dari TB paru dengan hemoptoe, DM tipe II dengan gangren, Krisis Hipertensi, Tumor payudara suspek ganas, tetapi apabila di RSUD Khidmad Sehat Afiat tidak terdapat pasien dengan diagnose tersebut, clinical pathway tetap dilakukan untuk diagnose yang ada. Rerata capaian kepatuhan terhadap clinical pathway dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 96,97%.



f) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Upaya pencegahan jatuh meliputi Screening di rawat jalan/IGD, Asesmen awal risiko jatuh di rawat inap dan IGD, Assesment ulang risiko jatuh rawat inap, Edukasi pencegahan pasien jatuh. Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS. Standar indikator ini adalah 100%.

Rerata capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 100%.



g) Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media. Standar indikator ini adalah >80%. Rerata capaian kecepatan waktu tanggap komplain dari bulan Januari sampai Maret 2026 adalah 100%.



h) Kepuasan Pasien dan Keluarga

Sesuai dengan standar Indikator Nasional Mutu yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan terkait kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan per semester atau 2 (dua) kali dalam setahun.

Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. Pada periode Januari sampai Maret 2026 sudah dilakukan pengukuran terhadap kepuasan pasien dan keluarga dan sesuai dengan ketentuan Indikator Nasional Mutu belum dilakukan.

Berikut hasil pengukuran tingkat kepuasan pasien yang dilakukan pada tahun 2025, untuk semester 1 dilakukan pada bulan Juni 2025 diperoleh hasil 85,75% dan untuk semester 2 dilakukan pada bulan Desember 2025 diperoleh hasil 89,00%. Pada triwulan 1 tahun 2026 belum dilakukan pengukuran tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok.

KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA TAHUN 2025

■ Target ■ Capaian

